Die progressive Paralyse

in der Heil- und Pflegeanstalt zu Osnabrück

(1868—1913)

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

der

Hohen medizinischen Fakultät der Universität Marburg

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

vorgelegt von

Heinrich Lürick,
Med.-Prakt. aus Heek, Bez. Münster

MARBURG
Buchdruckerei von Joh. Hamel
1914.

Angenommen von der Medizinischen Fakultät Marburg
am 9. Februar 1914.

Gedruckt mit Genehmigung der Fakultät.

Referent: Herr Geh. Rat Tuczek.

Meinem lieben Vater!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41556030_0032

Im Laufe der letzten Jahrzehnte wurde von verschiedenen Seiten darauf hingewiesen, daß in dem Vorkommen, wie auch in dem Verlaufe der progressiven Paralyse auffallende Veränderungen eingetreten sind. In diesem Sinne wurden eingehende Untersuchungen von größerem Material an psychiatrischen Anstalten angestellt, die in manchen Punkten ziemlich übereinstimmende Resultate ergeben haben; in einigen Punkten dagegen sind die Ansichten jedoch noch sehr geteilt. Es ist nun gerade heute von Interesse, über das gesamte Krankheitsbild einer so bedeutungsvollen Krankheit möglichst genaue Kenntnisse zu erlangen, da die histologischen, cytologischen, serologischen und bakteriologischen Forschungen der letzten Jahrzehnte uns über das Wesen der progressiven Paralyse so bedeutende Fortschritte gebracht haben. Die wichtigsten Ergebnisse dieser Forschungen mögen hier kurz erwähnt werden.

Es ist hauptsächlich das Verdienst von Tuczek, mit feinen Methoden (Exner'sche, Weigert'sche Methode) die histologischen Veränderungen der Nervenfasern in den verschiedenen Rindenschichten bei der Paralyse klargelegt zu haben. Die Untersuchungen von Alzheimer und Nißl haben uns genauere Kenntnisse von der histologischen Beschaffenheit der Glia, der Zellen und Gefäße der Hirnsubstanz und der zelligen Bestandteile in der Spinalfüssigkeit der Paralytiker gebracht. In der Spinalfüssigkeit sind es besonders die gesteigerte Zahl und die verschiedenen Arten der Lymphocyten, die bei der progressiven Paralyse von dem Normalen abweichen.

Nonne und Apelt konnten in der Spinalflüssigkeit mit einer gesättigten Ammoniumsulfatlösung die Anwesenheit von Globulinen und Nucleoalbuminen nachweisen. Dieser Befund ist allerdings nicht allein für die progressive Paralyse von diagnostischer Bedeutung, wie man anfangs glaubte, da auch andere syphilitische Gehirnerkrankungen die positive Reaktion geben. Von noch größerer Bedeutung für die progressive Paralyse sind die serologischen Entdeckungen von Wassermann und Plaut. Die Wassermanns'che Reaktion, die auf einer Complementablenkung nach Zusatz von erbsyphilitischer Leber zu der Spinalflüssigkeit beruht, ist unstreitig für die Frage der Paralyse von der größten Bedeutung, da sie die früheren Mutmaßungen über den Zusammenhang von Lues und progressiver Paralyse bestätigte.

Den Beweis dafür lieferten auch noch in allerjüngster Zeit die Untersuchungen von Noguchi und Forster. Noguchi fand im Gehirn der Paralytiker Spirochäten, und Forster ist es gelungen, diese in der dem Lebenden mittelst Gehirnpunktion entnommenen Hirnsubstanz nachzuweisen. Diese Entdeckungen bedeuten einen großen Fortschritt und können vielleicht noch die Lösung mancher ungeklärten Frage über das Wesen der progressiven Paralyse bringen.

Bei diesen bedeutenden Fortschritten, welche die Wissenschaft über das Wesen der progressiven Paralyse gebracht hat, kann es wohl nicht ohne Interesse sein, von Zeit zu Zeit auch über das Krankheitsbild und den Verlauf der Paralyse an einem größeren Material Nachuntersuchungen anzustellen. Aus dem Grunde habe ich versucht, 213 Fälle von progressiver Paralyse, die in den Jahren von 1868—1913 an der Heil- und Pflegeanstalt zu

Osnabrück beobachtet wurden, auf die wichtigsten klinischen Erscheinungen hin näher zu beleuchten. Zuerst möge nun die Frage einer Zu- oder Abnahme der progressiven Paralyse, die nach mehreren Untersuchungen noch sehr verschieden beantwortet wird, näher erörtert werden. In den letzten Jahren haben mehrere Beobachter festgestellt, daß sich die Zahl der Paralyse von Jahr zu Jahr, infolge der immer mehr sich verbreitenden Syphilis, sehr stark vermehre, Dieses zeigen mehrere Statistiken aus psychiatrischen Anstalten, die jedoch nur das Prozentverhältnis der aufgenommenen Paralysen angeben, somit also kein bindendes Urteil für sämtliche Paralysen haben, da alle Fälle außerhalb der Anstalt dabei keine Berücksichtigung finden. So berichtet Joachim über eine Statistik von Althaus, der in den Jahren von 1838—1871 in England eine Steigerung der Paralyse von 12,61% auf 18,11% fand; weiter führt er eine Statistik von Régis an, der in Frankreich eine Zunahme um 33% feststellte. Auch in Deutschland hat man an den Anstalten Eberswalde, Deggendorf und an der Berliner Charité ein häufigeres Vorkommen der Paralyse beobachten können. Ebenso ist in einer Statistik von Behr aus dem Jahre 1900 (aus der Heil- und Pflegeanstalt in Hildesheim) eine mehr als dreifache Zunahme der Paralyse in der Zeit von 1858 bis 1900 zu sehen. Demgegenüber zeigen die Untersuchungen von Joachim einen deutlichen Rückgang der progressiven Paralyse. Er fand nämlich, daß in Elsaß-Lothringen von 1871—1910 die männlichen Paralysen von 20,7% auf 13,5% zurückgegangen seien, während die Zahl der weiblichen Paralysen fast gleich blieb (4,9%—5,5%). Weiter führt Joachim die Untersuchungen von Sommer für die Anstalt Allenberg; Eickholt für Grafenberg; Stark und

Baer für Stephansfeld an, die alle eine beträchtliche Abnahme der progressiven Paralyse ergeben haben. Sprengeler habe für Göttingen weder eine Zu- noch eine Abnahme feststellen können.

Wie liegen nun die Verhältnisse für die hiesige Anstalt? Es sei vorher erwähnt, daß bei den Untersuchungen nur die Paralysen inbetracht gezogen sind, die bis zum Tode in der Anstalt beobachtet wurden, weil die wohl, wie auch Behr sagt, das sicherste Material für Diagnose, Form, Verlauf und Dauer der Krankheit liefern. Weiter sei bemerkt, daß bei den Betrachtungen der Paralysen eine Trennung der Geschlechter vorgenommen ist, weil, wie auch von anderer Seite betont ist, zwischen der männlichen und weiblichen Paralyse in manchen Punkten Abweichungen von Bedeutung beobachtet werden können. Von den 213 Fällen, die von 1868—1913 an der hiegen Anstalt an Paralyse starben, sind 156 männliche und 57 weibliche Paralysen. Zur Erleichterung der Uebersicht ist das Material in Gruppen von 10 zu 10 Jahren eingeteilt. Nun mögen nach diesen Bemerkungen folgende Zahlen eine Uebersicht über die Häufigkeit und das Verhältnis zur Gesamtaufnahme der 156 männlichen Paralysen in den einzelnen Jahrzehnten geben.

	Summe	Gesamtaufnahme	% Verhältnis
1868—78	15 Paralysen,	438	3,4%
1878—88	43 „	489	8,8%
1888—98	29 „	359	8,1%
1898—08	41 „	702	5,9%
1908—13	28 „	446	6,2%

Aus diesen Zahlen ersieht man, daß die Häufigkeit der Erkrankungen mit starken Schwankungen wohl zunimmt, im Verhältnis zu den Gesamtaufnahmen jedoch keine nennenswerten Aenderungen in den einzelnen Jahrzehnten aufweist. Für die plötzliche,

sehr starke Vermehrung der Paralyse in den Jahren von 1878—1888 glaube ich nach den Krankengeschichten zum größten Teil folgende Gründe verantwortlich machen zu können. Es fand sich in dieser Zeit mehrmals in den Krankengeschichten die Angabe, daß der Patient den Krieg von 1870—71 mitgemacht hatte, oder daß der Patient für einige Jahre nach Amerika ausgewandert gewesen war. Bekanntlich war die Sucht, in Amerika das Glück zu suchen, im nordwestlichen Deutschland in den 60- bis 70er Jahren sehr groß. Wenn auch nur in ganz wenigen Fällen der sichere Nachweis der in Frankreich oder in Amerika aquirierten Syphilis in den Krankengeschichten erbracht war, so sind doch wohl diese beiden Momente nicht als unwesentlich für diese Steigerung der Paralysefälle von der Hand zu weisen. Was nun noch weiter die Frage der Steigerung der Zahl der Paralysen betrifft, so müßte man erwägen, ob diese Vermehrung nicht zu einem gewissen Teil durch die bessere Diagnostik zu erklären wäre. Die Wahrscheinlichkeit liegt nahe, daß früher, wo die Aetiologie, wo die sichere diagnostische Wassermann'sche Reaktion noch nicht bekannt war, manche echte Paralyse nicht erkannt, hingegen auch wieder manche andere psychische Störung mit Paralyse ähnlichen Erscheinungen für eine progressive Paralyse gehalten wurde. Aus diesen Gründen muß man immerhin das gefundene Ergebnis einer Vermehrung der Paralyse mit einiger Vorsicht nehmen, wenn auch einige vorher genannten Statistiken dasselbe Resultat ergeben haben, und die immer mehr sich verbreitende Syphilis diese Steigerung der Erkrankungen sehr wahrscheinlich macht. Erwähnen möchte ich noch, daß der Rückgang in den Jahren von 1888—1898 wohl zum Teil darauf beruht, daß infolge Platz-

mangels die Zahl der Aufnahmen in diesen Jahren beschränkt werden mußte. Mit der Aufnahmezahl sank auch die Zahl der Paralytiker, die im folgenden Jahrzehnt mit dem Wachsen der Aufnahmezahl wieder die alte Höhe erreichte und in dem letzten Jahrfünft eine deutliche Steigerung zeigte.

Weniger, als in der Frage einer Zu- oder Abnahme der progressiven Paralyse, sind die Meinungen über eine Aenderung in der Form und dem Verlauf geteilt. Mendel betonte auf einem Naturforschertag in Düsseldorf, daß nach seinen Untersuchungen deutliche Veränderungen in dem klinischen Bilde der progressiven Paralyse zu beobachten seien. So sei die typische Form der Paralyse, die vor einigen Jahrzehnten in mehr als der Hälfte der Fälle ausgesprochen gewesen wäre, im Laufe der letzten Jahrzehnte auf 12,4% zurückgegangen. Hingegen habe die demente Form stetig an Häufigkeit zugenommen, und zwar sei diese, fast ausschließlich auf Kosten der typischen Form, von 20,5% auf 42,1% gestiegen. Auch Behr fand bei seinen Untersuchungen, daß die typische expansive Form von 50% auf 33% zurückging, und daß die demente Form von 22,5 auf 58% anstieg. Ebenso beobachtete Joachim eine Abnahme der expansiven Form und eine Zunahme der dementen Form. Bei ihm sind jedoch die Unterschiede nicht sehr groß. Er fand für die expansive Form nur eine Abnahme um 8,4% und für die demente Form nur eine Zunahme um 14,9%. Kraepelin fand für Heidelberg auch ungefähr dieselben Zahlen wie Behr — für die expansive Form 30% und für die demente Form 53% —. Hingegen betont er den Wechsel dieser beiden Formen weniger stark, als die vorhin genannten Forscher.

Im Folgenden habe ich nun versucht, diese

Frage bei den 156 untersuchten männlichen Paralysen zu beantworten. Vorher muß noch erwähnt werden, daß auch hier nach Kraepelin 4 Formen unterschieden sind, und zwar die expansive, agitierte, demente und depressive Form. Diese Abgrenzung in die genannten Formen ist nun, wie bekannt, nicht leicht und auch in jedem Fall durchaus nicht mit Sicherheit durchzuführen, zumal erstens öfter die einzelnen Symptome fast gleichwertig nebeneinander stehen, und zweitens man auf mehr oder minder gut geführte Krankengeschichten angewiesen ist. Wenn nun auch bei vielen Krankheitsbildern ein Hauptzug im Verlaufe der Krankheit vorherrscht, und für die Gruppierung bestimmend ist, so muß diese Abgrenzung doch stets mit einem gewissen Vorbehalt betrachtet werden. Nach diesen allgemeinen Erörterungen möge nun folgende Tabelle eine Uebersicht über die 156 männlichen Paralysen inbetreff ihrer Form und ihres Verlaufes geben.

	expansive Form	agitierte Form	demente Form	depress. Form
1868—78 Gesamtsumme 15	7 = 46,42%	4 = 26,78%	2 = 13,4%	2 = 13,4%
1878—88 Gesamtsumme 43	18 = 42,1%	5 = 11,52%	13 = 25,55%	7 = 15,88%
1888—98 Gesamtsumme 29	11 = 38,1%	3 = 10,92%	10 = 35,1%	5 = 16,88%
1898—08 Gesamtsumme 41	12 = 29,08%	3 = 9,1%	23 = 54,5%	3 = 7,32%
1908—13 Gesamtsumme 28	7 = 25%	1 = 3,57%	17 = 60,1%	3 = 10,71%

Diese Tabelle gibt Aufschluß über die Frage, ob und wie die Form der progressiven Paralyse sich im Laufe der letzten 45 Jahre geändert hat. Man

sieht, daß im Anfange die Krankheit in 46,42% aller Fälle unter dem typischen expansiven Bilde verlief, wie sie dann stetig abnahm und bis auf 25% herunterging. Demgegenüber hat sich die Zahl der dementen Form regelmäßig von 13,4% bis zu 60,1% gesteigert. Bei der agitierten und depressiven Form sieht man auch einen geringen Rückgang, dem aber wegen des kleinen Materials nicht sehr großes Gewicht beigelegt werden kann. Aus dem Gesagten läßt sich also entnehmen, daß sich das klinische Bild der progressiven Paralyse inbetreff der Form und des Verlaufes auffallend geändert hat; und zwar hat sich hauptsächlich die demente Form auf Kosten der expansiven Form vermehrt. Dieses Resultat deckt sich mit dem Ergebnis, das Mendel und Behr bei ihren Untersuchungen gefunden haben. Eine hinreichende Erklärung für diese Erscheinungen hat sich bisher noch nicht finden lassen.

Während über die eben genannten Veränderungen in dem Krankheitsbilde der progressiven Paralyse ungefähr gleiche Ansichten herrschen, gehen die Meinungen inbetreff der paralytischen Anfälle noch sehr auseinander. So beobachtete Obersteiner in 90% aller Paralysen paralytische Anfälle; Heilbronner fand in München in 60% paralytische Anfälle, und Raecke konnte diese in 34% der Fälle beobachten. Kraepelin sah in Heidelberg nur in 30% aller Fälle paralytische Anfälle, und er schließt daraus auf einen deutlichen Rückgang der Anfälle, den er hauptsächlich auf die systematische Bettbehandlung der Kranken zurückführt.

Demgegenüber ist nach Mendel, wie er in seinem Vortrage auf dem Kongreß in Düsseldorf ausgeführt hat, eine Aenderung in diesem Punkte nach seinen Untersuchungen nicht eingetreten. Behr fand

sogar bei seinen Untersuchungen eine deutliche Zunahme der paralytischen Anfälle. Den Grund glaubt Behr in der jetzt häufigeren, dementen Form zu sehen, die nach ihm am meisten von paralytischen Anfällen begleitet ist. Die folgenden Zahlen mögen nun zeigen, wie die 156 männlichen Paralysen der hiesigen Anstalt in dieser Hinsicht verliefen. Es sind hier alle Anfälle, ob apoplektiformer oder epileptiformer Natur, als paralytische Anfälle gezählt worden. Bei den 156 Paralysen wurden insgesamt 74 = 47,44% mal Anfälle beobachtet.

1868—78 Gesamtsumme 15	9 mal Anfälle	= 59,83%
1878—88 Gesamtsumme 43	29 mal Anfälle	= 67,3%
1888—98 Gesamtsumme 29	13 mal Anfälle	= 44,63%
1898—08 Gesamtsumme 41	14 mal Anfälle	= 36,37%
1908—13 Gesamtsumme 28	9 mal Anfälle	= 32,13%

Nach diesen Resultaten geht die Zahl der paralytischen Anfälle fast gleichmäßig und beträchtlich von 59,83% auf 32,13% in den letzten Jahrzehnten gegen früher zurück. Die expansive, demente und depressive Form waren bei den Anfällen ungefähr gleich beteiligt, wogegen die agitierte Form nur selten von Anfällen begleitet war. Dieses Ergebnis stimmt fast genau mit den Ansichten von Kraepelin und Joachim überein. Sicherlich ist mit Recht nach der Ansicht von Kraepelin, der als Grund der paralytischen Anfälle nur mikroskopisch nachweisbare

Schädigungen der Hirnrinde annimmt, die systematische Behandlung der Kranken wohl als Hauptfaktor dieses Rückganges der Anfälle zu bezeichnen. Bemerken möchte ich doch, daß auch dieses Resultat immerhin mit Vorsicht zu nehmen ist, da jedesmal die größere oder geringere Gewissenhaftigkeit beim Führen der Krankengeschichten für diese Zahlen von ausschlaggebender Bedeutung ist.

Weiter wurde hauptsächlich von Mendel darauf hingewiesen, daß in den letzten Jahren häufigere und länger dauernde Remissionen im Verlaufe des paralytischen Krankheitsbildes einträten, als früher. Aus dieser Aenderung in dem Krankheitsbilde schließt er, daß die progressive Paralyse milder geworden ist, und zwar deshalb auch hauptsächlich, weil die jetzt häufigere demente Form nicht die schweren Krankheitserscheinungen bietet, wie die agitierte und typische Form mit ihren schweren Erregungszuständen. Auch Behr fand ein häufigeres Vorkommen von Remissionen. Nach ihm ist die Häufigkeit von Remissionen, die er mit Ausnahme von 3 Fällen nur bei der expansiven Form beobachten konnte, von 2,13% auf 4,08% gestiegen. Aehnliche Zahlen über öftere Remissionen berichtet Joachim. Er fand, daß dieselben in den Jahren von 1900 bis 1910 von 1,4% auf 4% angewachsen seien.

Neben diesem häufigeren Vorkommen von Remissionen werden, jetzt auch öfter als früher, solche von längerer Dauer berichtet. In den meisten Fällen hält eine weitgehende Besserung der Paralytiker nur einige Monate, seltener schon 2—3 Jahre an. Da sind nun einige Fälle, bei denen eine Remission von mehreren Jahren beobachtet wurde, für die Frage der Remission, oder gar Heilung — denn auch Heilungen sollen in einigen wenigen Fällen beobachtet sein — von größtem

Interesse. So berichtet Tuczek über folgenden interessanten Fall, den er genau verfolgen konnte: Ein 36jähriger Mann erkrankte 1876 an ausgesprochener Paralyse, die nach 2 Jahren vollständig zurückging. Im Jahre 1883 stellte sich bei diesem Manne eine Tabes ohne psychische Erscheinungen ein, und im Jahre 1898 erkrankte er unter den Erscheinungen einer neuentstandenen senilen Demenz, an der er noch in demselben Jahre starb. Die Sektion wies alte paralytische Rindenveränderungen auf. Es war also bei diesem Kranken eine Remission von 22 Jahren eingetreten. Dobrschansky konnte einen Fall von Paralyse beobachten, wobei eine Remission von 14jähriger Dauer eingetreten war. Weiter hat Dobrschansky mehrere Fälle aus der Literatur zusammengestellt, bei denen die sehr interessante Beobachtung gemacht wurde, daß nach schweren, länger dauernden Eiterungen (Phlegmonen, Erysipel) Remissionen von mehreren Jahren eintraten. Besonders bemerkenswert ist unter diesen Fällen der Paralytiker, über den Halban berichtet. Der Kranke war 12 Jahre nach der syphilitischen Infektion an Paralyse erkrankt, und weitere 3 Jahre später trat noch eine Tabes dazu ein. Im Anschluß an eine schwere eiterige Phlegmonie trat eine Remission von 8 Jahren ein, wobei jedoch die Tabes bestehen blieb. Auch sonst sind noch mehrere Fälle von länger dauernden Remissionen, besonders nach schweren Eiterungen, beschrieben, sodaß diese Beobachtungen schon öfter Veranlassung zu dem Versuche waren, zu therapeutischen Zwecken schwere Eiterungen absichtlich herbeizuführen, um solche, länger dauernde Besserungen bei den Paralytikern zu erzielen.

Bei dem Durcharbeiten meines Materials habe ich auch auf etwaige Remissionen geachtet, doch

konnte ich kaum etwas von Bedeutung für diese Frage finden. Mit Sicherheit konnten bei den 156 männlichen Paralysen nur 4 mal (2,51%) Remissionen nachgewiesen werden. Oefter war wohl eine Entlassung des Kranken aus der Anstalt für einige Zeit erwähnt, die aber auf Drängen der Angehörigen erfolgt war; oder die Besserung war nur von solch kurzer Dauer, daß die Kranken in der Anstalt blieben. Von echten Remissionen kann in solchen Fällen nicht mit Sicherheit die Rede sein.

Ferner wurde schon öfter die naheliegende Frage erörtert, ob das Krankheitsalter und die Krankheitsdauer der progressiven Paralyse irgendwelche Aenderung im Laufe der letzten Jahrzehnte erfahren hat. Man sollte annehmen, daß die bessere Behandlung der Syphilis, die bessere Pflege der Paralytiker, bebesonders die Verhütung von Decubitus und Schluckpneumonien, für die Fragen von einiger Bedeutung sein müßten. Mendel und Behr konnten bei ihren Untersuchungen keine nennenswerten Aenderungen feststellen. In der folgenden Tabelle ist nun in den einzelnen Jahresgruppen das Durchschnittsalter beim Ausbruch der Krankheit und beim Tode und die Krankheitsdauer bei den einzelnen Formen der Paralyse angegeben. Selbstverständlich ist das Alter beim Ausbruch der Krankheit und infolgedessen auch die Krankheitsdauer nur von bedingtem Werte, da sicherlich nicht immer das Alter beim Beginn der Erkrankung genau zu ermitteln ist, denn es werden die ersten Erscheinungen der Paralyse, wie leichte Ermüdbarkeit, Gedächtnisschwäche, Herabsetzung der Merkfähigkeit, das Schwinden der eigenen Initiative (Kraepelin) u. s. w. fast nie als Kranksein gedeutet. Nun mögen die nächstfolgenden Zahlen Aufschluß über diese Fragen geben.

		expansive Form		agitierte Form			demente Form			depress. Form		
	Anfangs-alter	Dauer	Tod	Anf.	Dauer	Tod	Anf.	Dauer	Tod	Anf.	Dauer	Tod
1868—78 Gesamtsumme 15	39,54	2,34	41,88	42¼	1,69	43,94	38,13	3,12	41¼	37	1,63	38,63
1878—88 Gesamtsumme 43	44,82	3	47,82	40,19	1,1	41,29	39,33	2,46	41,79	35,43	2,5	37,94
1888—98 Gesamtsumme 29	41,82	3,64	45,46	35,2	1	36,2	46,84	3,41	50,25	47,22	3,65	50,87
1898—08 Gesamtsumme 41	36,9	2,8	39,7	39,3	1,4	40,7	42,4	3,25	45,65	36,6	2,9	39,5
1908—13 Gesamtsumme 28	38,9	2,61	41,51	—	—	—	37	3	40	34¼	2	36¼

Aus dieser Tabelle lassen sich für das Krankheitsalter sowie Todesalter bei den Schwankungen wesentliche Schlüsse auch für die einzelnen Formen nicht ziehen. Es tritt auch kaum eine wesentliche Aenderung zwischen früher und jetzt zu Tage. Auch läßt sich für die Krankheitsdauer bei den einzelnen Formen in den letzten Jahrzehnten kaum eine wesentliche Verlängerung wahrnehmen. Deutlich ist nur zu sehen, daß die Krankheitsdauer bei der agitierten Form bedeutend kürzer ist, als bei den übrigen Krankheitsformen. Letztere beträgt durchschnittlich 18,06 Monate. Junius und Arndt fanden für die agitierte Form eine Durchschnittsdauer von 16,4 Monaten. Was weiter das Alter der Paralytiker betrifft, so sei hier noch erwähnt, daß an jugendlichen Paralysen ein Fall von 18 und ein Fall von 24 Jahren gefunden wurde. Bei den übrigen Krankheitsfällen lag das Durchschnittsalter beim Ausbruch der Krankheit bei 35 Jahren. Der erste Fall von 18 Jahren verlief unter dem dementen Krankheitsbilde. Nach 2jähriger Krank-

heit trat der Tod ein. Der zweite Fall von 24 Jahren bot das expansive Krankheitsbild und endete nach $1^1/_2$jähriger Krankheit. Bei beiden Fällen war irgendwelche syphilitische Infektion nicht mit Sicherheit nachgewiesen, doch wurde die Diagnose durch den Sektionsbefund bestätigt.

Weiter habe ich bei der Bearbeitung des Materials näher Rücksicht auf die Frage genommen, ob der Ausbruch der Krankheit in jüngeren Jahren oder in späterem Alter für die Dauer, Verlauf und Form der Krankheit von irgendwelcher Bedeutung ist, und wie die einzelnen Altersgruppen — von 5 zu 5 Jahren eingeteilt — sich an der Zahl der Erkrankungen beteiligen. Die nächste Tabelle soll nun zeigen, wie die Beteiligung der einzelnen Altersstufen ist, und welches die mittlere Krankheitsdauer in den verschiedenen Altersklassen ist.

1. Alter beim Ausbruch	unter 30	30—35	35—40	40—45	45—50	über 50 J.
2. Zahl der Fälle	5 Paral.	38	34	31	21	27
3. Mittlere Krankheitsdauer	1,6 Jahre	2,15	2,6	2,95	3,18	3,24

Was nun zuerst die Beteiligung der einzelnen Altersklassen anbelangt, so sieht man aus dieser Tabelle, daß die Jahre von 30—50 am stärksten an der Zahl der Erkrankungen beteiligt sind. Hier weisen die Jahre von 30—35 die höchste Zahl auf, die gewöhnlich zwischen 35—40 Jahren angegeben wird. Von größerer Bedeutung ist jedoch der Unterschied nicht, sodaß eine nennenswerte Abweichung von den Statistiken von Kraepelin, Junius und Arndt,

die auch die größte Beteiligung in den Jahren von 35—40 fanden, nicht vorliegt. Die 20er und 60er Jahre sind nur sehr wenig und ungefähr gleich stark an der Zahl der Erkrankungen beteiligt.

Auffallend sind aber weiter die Zahlen für die mittlere Krankheitsdauer der Paralyse. Nach dieser Tabelle nimmt die mittlere Krankheitsdauer mit dem steigenden Alter beim Ausbruch der Erkrankung regelmäßig zu. So haben die Paralysen unter 30 Jahren nur eine mittlere Dauer von 1,6 Jahren, wogegen die Jahre von 45 an eine mittlere Dauer von über 3 Jahren aufweisen. Die gesamte, mittlere Krankheitsdauer beträgt bei allen Paralysen 31,2 Monate. Torkel fand bei seinen Untersuchungen für die mittlere Krankheitsdauer 27 Monate, Raecke 28 Monate, Junius und Arndt 28 Monate, Behr 32 Monate. Nach letztgenannten Forschern nimmt nun die mittlere Krankheitsdauer mit zunehmendem Alter stetig ab, sodaß sie von 30—60 Jahren von 31,9 Monaten auf 18,2 Monate heruntergeht. (Kraepelin). Eine Erklärung sowohl für das eine, wie für das andere läßt sich wohl noch nicht finden. Die verschiedenen Formen kommen hierfür wohl kaum in Betracht, da für diese kaum ein Unterschied in den verschiedenen Altersklassen gefunden wurde. Alle Formen waren sowohl in jüngeren wie auch in späteren Jahren fast völlig gleichmäßig vertreten, sodaß hieraus kein Schluß für diese Frage gezogen werden kann.

Faßt man nun noch einmal das Resultat zusammen, so ergibt sich

1. daß auch im hiesigen Bezirk die progressive Paralyse an Häufigkeit zugenommen hat,

2. daß die espansive Form bedeutend an Zahl zurückgegangen ist, dafür die demente Form an Zahl zugenommen hat,

3. daß die paralytischen Anfälle im Laufe der Jahre sich ungefähr um die Hälfte vermindert haben,

4. daß die mittlere Krankheitsdauer für die agitierte Form ungefähr die Hälfte beträgt, wie bei den übrigen Formen, und daß die mittlere Krankheitsdauer mit zunehmendem Alter stetig steigt.

Was weiter das Krankheitsalter und die Remissionen anbelangt, konnten wesentliche Aenderungen nicht bestätigt werden. Nach Erklärungen für diese Erscheinungen ist von verschiedener Seite schon gesucht worden. Die gründliche antisyphilitische Behandlung, die bessere Diagnostik, die systematische Behandlung und Verpflegung der Paralytiker in der Anstalt gegenüber früher, die von manchen Autoren als Hauptfaktor angesehen werden, mögen schon für diese Fragen eine Bedeutung haben. Völlig können diese aber die Fragen nicht erklären. Möglich ist es jedoch, daß die Ergebnisse der neueren Forschungen bald manches zur Aufklärung in dieser Hinsicht bringen werden.

Nach denselben Gesichtspunkten sollen nun auch die 57 weiblichen Paralysen betrachtet werden, um zu sehen, ob auch hier gleichen Veränderungen beobachtet werden, oder ob hier wesentliche Abweichungen von den männlichen Paralysen bestehen. Zuerst habe ich versucht, einen Ueberblik über die Häufigkeit der Krankheitsfälle und über das Verhalten der einzelnen Krankheitsformen in den genannten Jahren zu geben. Die nächste Tabelle möge diese beiden Fragen zusammen näher erläutern.

	expansive Form	agitierte Form	demente Form	depress. Form
1872—82 Gesamtsumme 16	8 = 50%	1 = 6,25	5 = 31,25%	2 = 12,5%
1882—92 Gesamtsumme 9	3 = 33,3%	1 = 11,1%	4 = 44,4%	1 = 11,1%
1892—02 Gesamtsumme 16	6 = 37,5%	2 = 12,5%	5 = 31,25%	3 = 18,75%
1902—13 Gesamtsumme 16	7 = 43,75%	2 = 12,5%	6 = 37,5%	1 = 6,25%

Diese Tabelle zeigt, daß bei den weiblichen Paralysen im Laufe der Jahrzente eine Aenderung in der Häufigkeit nicht eingetreten ist. Ebenso sieht man kaum eine Verschiebung bei den einzelnen Formen. Die expansive, wie auch die demente Form bieten in den ersten Jahrzehnten fast die gleichen Zahlen wie in den letzten Jahrzehnten, sodaß sich bei den weiblichen Paralysen nicht dieselbe Regel aufstellen läßt, wie bei den männlichen Paralysen. Behr fand bei seinen Untersuchungen für die weiblichen Paralysen ungefähr dieselben Resultate, nur daß bei ihm der demente Typus dauernd alle anderen Formen bedeutend an Zahl übertraf, was nach dieser Tabelle nicht der Fall ist. Kraepelin fand bei seinen weiblichen Paralysen nur 22% für die expansive Form und 73% für die demente Form. Junius und Arndt fanden 25,88% expansive und 40,93% demente Paralysen bei den Frauen.

Was weiter die paralytischen Anfälle bei den weiblichen Paralysen betrifft, so mögen die nächsten Zahlen hierfür einen Ueberblick geben. Bei den 57 Paralysen werden 20mal = 35,1% Anfälle beobachtet.

1872—82 Gesamtsumme 16	}	4 mal Anfälle = 25%
1882—92 Gesamtsumme 9	}	2 mal Anfälle = 22,2%
1892—02 Gesamtsumme 16	}	8 mal Anfälle = 50%
1902—13 Gesamtsumme 16	}	6 mal Anfälle = 37,5%

Diese Tabelle läßt eine Steigerung der paralytischen Anfälle bei den weiblichen Paralysen annehmen, jedoch muß wohl wegen der im Vergleich zu den männlichen Paralysen sehr geringen Zahl dieses Ergebnis vorsichtig bewertet werden. Mit Ausnahme von 2 Anfällen, die bei der agitierten Form beobachtet wurden, verteilen sich die übrigen 18 Anfälle gleichmäßig auf die expansive und die demente Form.

Auch auf etwaige Remissionen habe ich bei den weiblichen Paralysen geachtet. Es wurde bei diesen 57 Paralysen nur eine Remission von 1 Jahr beobachtet. Die Frau erkrankte mit 31 Jahren an dementer Paralyse, zeigte nach 2jähriger Krankheit eine weitgehende Besserung, die 1 Jahr anhielt, und ging darauf nach weiteren 3 Jahren zu Grunde.

In der folgenden Tabelle soll eine Uebersicht über das Krankheitsalter beim Ausbruch und beim Tode und über die Krankheitsdauer gegeben werden.

	expansive Form			agitierte Form			demente Form			depress. Form		
	Ausbruchsalter	Dauer	Tod	Ausbr. alter	Dauer	Tod	Ausbr. alter	Dauer	Tod	Ausbr. alter	Dauer	Tod
1872—82 Gesamtsumme 16	45,9	2,25	48,15	—	—	—	42,4	1,5	43,9	31	2¼	33¼
1882—92 Gesamtsumme 9	43,5	2,5	46	42¼	1,5	43,75	48	2,25	50¼	36¼	1¼	37,5
1892—02 Gesamtsumme 16	45	2	47	—	—	—	43,85	1,75	45,6	37,7	2,75	40,45
1902—13 Gesamtsumme 16	40,6	3,1	43,7	41,75	½	42¼	43,1	3,7	46,8	—	—	—

Aus dieser Tabelle läßt sich nun ersehen, daß das Krankheitsalter bei den Frauen für die expansive und demente Form um mehrere Jahre höher liegt, als bei den Männern. Auch Kraepelin fand bei seinen weiblichen Paralysen das Krankheitsalter zwischen 40—45 Jahren. Man will hierfür einen gewissen Einfluß des Klimakteriums geltend machen. (Kraepelin). Ferner sieht man, daß auch hier die agitierte Form schneller zum Tode führt, als die übrigen Formen. Bei der expansiven und dementen Form scheint in den letzten Jahren eine leichte Verlängerung der Krankheitsdauer eingetreten zu sein.

Das Gesamtergebnis sagt nun, daß bei der weiblichen Paralyse, abgesehen von der eben erwähnten, geringen Verlängerung der Krankheitsdauer, von dem etwas höherem Krankheitsalter für die expansive und die demente Form, und von der leichten Steigerung der paralytischen Anfälle, in keiner Weise Aenderungen in dem Krankheitsbilde eingetreten sind. Fast dasselbe Ergebnis fand auch Behr bei seinen weiblichen Paralysen. Eine Erklärung dafür, daß sich die weiblichen

Paralysen in einigen Punkten anders verhalten, wie die männlichen Paralysen, ließ sich nicht finden.

Weiter sind nun noch einige Fragen behandelt, wobei die männlichen und weiblichen Paralysen zusammen betrachtet werden können.

Woher stammen in diesem Bezirk hauptsächlich die Paralysen, und ist auch in dieser Hinsicht eine Verschiebung im Laufe der genannten Jahrzehnte eingetreten? Nach dem heutigen Stande der Wissenschaft bedeutet diese Frage eigentlich nur: „Wo ist in diesem Bezirk die Syphilis am meisten verbreitet?“ Man darf jedoch wohl nicht außer Acht lassen, daß mancher Kranke sich in der Fremde syphilitisch infiziert hat und daher das gefundene Resultat für die letzte Frage nur bedingten Wert hat. Ich habe diesen Umstand berücksichtigt, und als Heimat des Kranken den Ort genommen, in dem der Kranke in den letzten Jahren vor Ausbruch der Krankheit ansässig war. Dann habe ich den Aufnahmebezirk, der für diese Anstalt in Frage kommt, in 4 Gebiete abgegrenzt, und zwar in den Kreis Osnabrück, Kreis Hannover, die Küstenstädte, deren Hauptvertreter Wilhelmshafen, Leer und Emden sind, und den noch übrigen Landbezirk. Nun möge die nächste Tabelle zeigen, wie sich diese 4 Bezirke in den einzelnen Jahresgruppen an der Paralyse beteiligen. Bei 8 Fällen konnte nichts Bestimmtes ermittelt werden, sodaß diese für die genannte Frage ausfallen müssen.

Aus dieser Tabelle (Seite 23), ersieht man, daß der Kreis Osnabrück mit etwa 100000 Einwohnern und großer Industrie bis auf die letzten 5 Jahre unter langsamem Ansteigen sich ungefähr mit $^1/_5 - ^1/_4$ an der Zahl der Paralysen beteiligt. In den letzten 5 Jahren tritt eine sehr auffallende Steigerung ein, sodaß

Osnabrück in diesen Jahren ungefähr die Hälfte aller Fälle liefert. Die gefundenen Werte für Hannover nehmen in den letzten Jahrzehnten ab, weil für die Aufnahmen aus diesem Bezirk seit 1901 hauptsächlich die Anstalten Hildesheim, Lüneburg und Göttingen mit in Betracht kommen. Weiter zeigt die Tabelle,

	Kreis Osnabrück	Kreis Hannover	Küstenstädte	Landbezirke
1868—78 Gesamtsumme 19	4 = 21,4%	4 = 21,4%	7 = 35,25%	4 = 21,4%
1878—88 Gesamtsumme 57	11 = 19,68%	16 = 26,35%	21 = 39,8%	9 = 14,72%
1888—98 Gesamtsumme 46	11 = 24 5%	7 = 15,35%	21 = 46,1%	6 = 13,2%
1898—08 Gesamtsumme 58	17 = 28,35%	6 = 10,72%	26 = 47,45%	9 = 15,8%
1908—13 Gesamtsumme 36	17 = 47,23%	1 = 2,77%	12 = 33,3%	6 = 16,6%
	60 = 27,9%	34 = 15,8%	87 = 40,5%	34 = 15,8%

daß die Küstenstädte, auch mit ungefähr 100000 Einwohnern, immer den größten Prozentsatz der Krankheitsfälle geliefert haben. Unter diesen Erkrankten findet man sehr viele Seefahrer. Dies erklärt der Umstand, daß die Seeleute sich recht oft auf ihren Reisen in den Hafenstädten syphilitisch infizieren. Die Landbevölkerung ist in allen Jahrzehnten ungefähr gleich stark beteiligt und liefert die wenigsten Paralysen, trotzdem sie an Seelenzahl dreifach so groß ist, wie die Stadtbevölkerung in diesem Bezirke. Eine nennenswerte Verschiebung läßt sich in den einzelnen Jahr-

zehnten, abgesehen von der Steigerung für den Kreis Osnabrück und der geringen Abnahme für die Küstenstädte in den letzten 5 Jahren nicht feststellen.

Weiter soll nun die Frage erörtert werden, in welchem Verhältnis die männlichen und weiblichen Paralysen zu einander stehen. Auf die untersuchten 213 Fälle von progressiver Paralyse kommen 156 = 72,24% männliche und 57 = 27,16% weibliche Paralysen. Von den 156 männlichen Paralytikern waren 127 = 81,4% verheiratet und 29 = 18,6% ledig. Bei den 57 weiblichen Paralysen fanden sich 50—87,6% Verheiratete und 7 = 12,4% Ledige.

Was ferner die Beteiligung der einzelnen Berufe betrifft, so sei vorher bemerkt, daß für diese Frage 4 Gruppen unterschieden sind: 1. Gelehrte und höhere Beamte; 2. Kaufleute; 3. niedere Beamte und 4. Handwerker und Tagelöhner. Die weiblichen Paralysen sind hier nicht in Betracht gezogen, weil die Frauen fast alle ohne bestimmten Beruf sind. Nun mögen die nächsten Zahlen diese Frage näher erläutern.

1. Gelehrte und höhere Beamte 26 = 16,64%
2. Kaufleute . . . . . 20 = 12,86%
3. Niedere Beamte . . . . . 27 = 17,28%
4. Handwerker und Tagelöhner 83 = 53,12%

Es haben also nach diesen Zahlen die unteren und mittleren Stände den Hauptanteil an den Paralysen. Besonders sind es die Handwerker und Tagelöhner, die in dem hiesigen Bezirk mit 53,12%, also mehr als die Hälfte, an der Zahl der Erkrankten teilnehmen. Fast die gleichen Verhältnisse fand Joachim an den Anstalten in Elsaß-Lothringen. Daß Obersteiner und andere bedeutend höhere Zahlen für die besseren Stände fanden, ist wohl darauf zurück-

zuführen, daß es sich um Anstalten handelte, die mehr für das bessere Publikum eingerichtet waren

Zum Schluß sollen hier noch einige Fragen erörtert werden, die gegenwärtig von großer, aktueller Bedeutung sind, und die man wohl nicht unerwähnt lassen darf. So ist im Hinblick auf die Tatsache, daß nur 4—5% aller syphilitisch Infizierten an progressiver Paralyse erkranken, die Frage von größtem Interesse, ob hierfür praedisponierende, auslösende oder mitwirkende Ursachen wie Traumen, toxische Schädigungen, geistige Ueberanstrengungen, Heredität und psychopathische Anlagen in Betracht kommen, oder ob vielleicht ein bestimmtes, spezifisch neurotopes Lues-virus für diese Frage größere Bedeutung hat Bei der Bearbeitung meines Materials habe ich jedoch nur wenig Ergiebiges für die genannten Fragen finden können. In 23 Fällen war Trunksucht als aetiologisches Moment genannt, 7mal fand sich hereditäre Belastung, einigemale waren auch Aerger und Aufregungen in geschäftlichen Angelegenheiten vermerkt, und 5mal wurde ein erlittenes Trauma in ursächlichem Zusammenhang mit der Paralyse gebracht. Erwähnt sei auch noch, daß in Betreff der Inkubationszeit der Paralyse nur wenig ausgiebige Resultate gefunden wurden, die in dieser Hinsicht kaum irgend welche Schlüsse ziehen lassen. Es fanden sich bei den 213 Fällen von Paralyse 47mal die syphilitische Infektion als sicher und 29mal als sehr wahrscheinlich erwiesen, aber nur 3mal war die Zeit bestimmt und einige Male ungefähr angegeben. Weiter wurde in 2 Fällen hereditäre Lues gefunden. Abgesehen von den erlittenen Traumen, wie nachher näher ausgeführt werden soll, berechtigen diese gefundenen Resultate für die genannten Fragen wohl kaum zu bedeutungsvollen Folgerungen. Was nun die genannten Traumen

betrifft, so soll hier die Frage näher erörtert werden, ob ein erlittenes Trauma irgendwie Einfluß auf die progressive Paralyse hat, sei es auf den Ausbruch, sei es auf den Verlauf der Krankheit. Diese Frage ist auch von größter, praktischer Bedeutung, da in solchen Fällen nicht selten die Beurteilung über Unfallentschädigungen in Frage kommt; und ferner kann diese Frage in gerichtlich medizinischer Hinsicht von Bedeutung werden. Bei dieser Frage sind nun mehrere Gesichtspunkte in Erwägung zu ziehen. Daß ein Unfall allein ohne vorherige, syphilitische Infektion keine echte progressive Paralyse bewirken kann, ist jetzt wohl allgemein anerkannt. Weiter muß der Unfall von einiger Schwere gewesen sein. Hauptsächlich kommen wohl nur Kopftraumen mit cerebralen Insulten in Betracht, wenn auch Goldscheider infolge einer Quetschung der Kniescheibe eine echte Paralyse entstehen sah. Kraepelin dagegen hält den Beweis nicht als sicher erbracht, daß ein Trauma von größerer Bedeutung für den Ausbruch der progressiven Paralyse ist, sondern er ist der Ansicht, daß der Unfall in den meisten Fällen die Folge der paralytischen Ungeschicklichkeit war, oder durch einen paralytischen Anfall zustande kam. Weber, der den Zusammenhang von Unfall und echter Paralyse vor Kurzem an dem Material der Göttinger Klinik untersucht hat, äußert sich dahin, daß die Paralyse nur auf luetisch vorbereitetem Boden durch ein Trauma hervorgerufen werden kann. Die Lues kann angeboren oder erworben sein. Das Trauma muß von einiger Bedeutung gewesen sein, und muß cerebrale oder Schokerscheinungan zur Folge gehabt haben, oder muß wiederholt eingewirkt haben. Weiter soll der Unfall, wenn man irgendwelche Schlüsse für die entstandene Paralyse folgern will,

mit dieser in zeitlichen Zusammenhang stehen. Weber meint, daß Paralysen, die mehr als 2 Jahre hinter dem Unfall zurückliegen, ohne besonders dringende Gründe mit diesem nicht mehr in Zusammenhang gebracht werden können. Weiter ist die progressive Paralyse keine unbedingte Folge der Syphilis, nicht etwa eine letzte Folgeerscheinung derselben. Nur etwa 5% der Syphilitiker sollen an echter Paralyse erkranken. Ueber die Frage zu entscheiden, ob vielleicht ohne Unfall nie eine Paralyse zum Ausbruch gekommen wäre, war bisher noch völlig unmöglich; jedoch liegt die Vermutung nahe, daß die Entdeckung der lebenden Spirochaete im Gehirn der Paralytiker von Noguchi und Forster diese Frage mehr klären werden. Dann muß man noch ferner die Frage stellen, ob die Paralyse nicht auch ohne Unfall später zum Ausbruch gekommen wäre, und ob sie ohne den Unfall nicht einen anderen, günstigeren Verlauf gezeigt haben würde. Weber glaubt aus einem besonders foudroyanten Verlauf einer Paralyse, die nach einem Trauma aufgetreten ist, folgern zu müssen, daß in solchen Fällen ein Zusammenhang zwischen dem Trauma und der Paralyse besteht. Für diese beiden Fragen sollen hier nun einige Fälle von progressiver Paralyse kurz angeführt werden, die vielleicht in dieser Hinsicht einige Schlüsse ziehen lassen. Es wurden 5 Fälle von Paralyse unter dem Material gefunden, die vor dem Unfall mit ziemlicher Sicherheit keinerlei Zeichen einer schon eingetretenen Erkrankung geboten haben, die also für die Frage des Ausbruchs der Paralyse eine Bedeutung haben würden.

1. W., Fuhrmann, 33 Jahre alt, bekommt bei einem Streite mehrere heftige Schläge auf den Kopf, ohne dabei das Bewußtsein zu verlieren. Schon einige

Tage darauf hat man eine geistige Zerstreuung bei ihm bemerkt, die sehr schnell in eine deutliche melancholische Stimmung überging. Sein Zustand machte nach 3—4 Monaten die Aufnahme in die Anstalt nötig, wo die Pupillen und Reflexstörungen die Paralyse erkennen ließen. Die Paralyse verlief weiter unter dem depressiven Bilde und führte nach 1½ Jahren zum Tode. Eine syphilitische Infektion war nicht erwiesen. Sektionsbefund: Othaematome links und rechts, Verdickungen und Verwachsungen der Hirnhäute, und eine starke Atrophie der beiden Stirnlappen.

2. L., Arbeiter, 29 Jahre alt, bekommt bei der Arbeit einen Schlag auf den Kopf, er verliert nicht das Bewußtsein und hat nur eine leichte Wunde. Einige Tage später geht er zu einem Kaufmann, um riesiges Eisenmaterial für einen Neubau einzukaufen, den er auf einem Steg errichten will. Geld zahle er nicht, da er als Gottessohn alles umsonst bekäme. Nach 3 Wochen wird er in die Anstalt aufgenommen, hier äußert er weiter Größenideen, Sprachstörungen, Fehlen von Reflexen und Pupillenstörung. Tod nach 8 Monaten. Syphilis nicht erwiesen. Sektionsbefund: Links Othaematom, Gehirnhäute verwachsen, besonders an den Stirn- und Schläfenwindungen, deutliche Atrophie des Vorderhirns, Ventrikel erweitert und reich an Flüssigkeit.

3. K., Kapitän, 45 Jahre alt, erleidet beim Stranden seines Schiffes einen sehr heftigen Stoß. Schon von dem Unglücksplatz schreibt er einen Brief, daß er sein Gedächtnis verloren habe, daß man ihm geheimer Weise etwas eingebe, daß nur Bismarck ihm helfen könne, sonst müßte er mit seiner Familie verhungern. Die Aufnahme in die Anstalt erfolgt nach 5 Monaten. Unsicherer Gang, artikulatorische Sprachstörung,

reflektorische Pupillenstarre, Fehlen der Patellarreflexe. Tod nach weiteren 3 Monaten. Syphilitische Infektion nicht erwiesen. Sektion war nicht gestattet.

4. E., Schiffer, 51 Jahre alt, bekommt beim Schiffsdienst einen Schlag auf den Kopf. Einige Monate später stellt sich merkbare Abnahme des Gedächtnisses ein, sodaß er aus dem Schiffsdienst entlassen werden mußte. Er wurde Hirt, konnte aber nicht lange diese einfache Arbeit verrichten. Die Sprache wurde unverständlich, der Gang unsicher, er wurde stumpfsinnig und unsauber. Die Untersuchung in der Anstalt ergab Pupillenstörung, die rechte Nasolabialfalte ist verstrichen, sehr verminderte Erregbarkeit der Patellarsehnenreflexe, Geh- und Sprachstörungen. Nach 2jähriger Krankheit trat der Tod ein. Syphilis war nicht mit Sicherheit erwiesen. Sektionsbefund: Starke Verdickung und Verwachsung der Pia. Die Windungen an dem Stirn- und Schläfenhirn sind verschmälert, das Ependym ist granuliert, die Gefäße zeigen starke Atheromatose.

5. Frau H., 29½ Jahre alt, fiel auf den Kopf und war 2 Stunden bewußtlos. Nach 4 Wochen deutliche Geistesstörung, äußert Verfolgungsideen, vernachlässigt ihre Arbeit, springt aus dem Fenster, weil Christus es befohlen. 6 Monate nach Ausbruch der ersten Störungen wurde sie der Anstalt überwiesen. Die linke Pupille ist enger als die rechte, und starr, die Zunge zittert beim Vorstrecken, die Sprache ist stolpernd, der Gang ist sehr unsicher, im Gesicht sieht man fibrilläre Zuckungen und beide Nasolabialfalten sind verstrichen. Oft wechseln Größenideen mit Tobsuchtsanfällen. Der Tod tritt nach 1½jähriger Krankheit ein. Syphilis ist nicht sicher erwiesen, jedoch hat die Patientin 5 mal abortiert. Sektionsbericht fehlt.

Aus diesen 5 Fällen läßt sich wohl mit großer Wahrscheinlichkeit schließen, daß ein erlittenes Trauma für die progressive Paralyse von Bedeutung sein kann, denn in diesen Fällen wurde die bis dahin latente Paralyse durch das Trauma manifest gemacht. Es ist also die Annahme wohl nicht von der Hand zu weisen, daß 1. ein Unfall den Eintritt der Paralyse beschleunigen kann, — das sagt in 3 Fällen das niedrige Alter beim Ausbruch der Erkrankung —; 2. ein Unfall Einfluß haben kann auf die Krankheitsdauer, — denn keiner der genannten Fälle erreichte die mittlere Krankheitsdauer —.

Die eben angeführten 5 Fälle würden somit die Ansichten Webers, der dem Zusammenhang von Unfall und progressiver Paralyse größere Bedeutung beilegt, in jeder Hinsicht unterstützen.

Zum Schlusse möchte ich nicht verfehlen, dem

Herrn Dr. Wendenburg

für das gestellte Thema und die mir erteilten Ratschläge meinen besten Dank auszusprechen.

Literatur.

1. *Behr:* Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. 1900, Bd. LVII, S. 719.
2. *Dobrschansky*: Jahrbuch für Psychiatrie, Bd. XXVIII, S. 164.
3. *Forster:* Neurologisches Zentralblatt 1913, Heft 26, Sitzungsbericht.
4. *Heilbronner:* Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. LI, S. 22.
5. *Halban*: Jahrbuch für Psychiatrie, Bd. XX, S. 358.
6. *Junius* und *Arndt:* Archiv für Psychiatrie, Bd. XXXXIV., S. 249.
7. *Joachim:* Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. XXXXV, S. 560.
8. *Kraepelin:* Lehrbuch II. Neueste Auflage 1910.
9. *Nonne* und *Apelt:* Archiv für Psychiatrie, Bd. XXXXVI, S. 357.
10. *Noguchi:* Münchener Mediz. Wochenschrift, 60. Jahrgang, Nr. 14, S. 737.
11. *Obersteiner*: Die progressive Paralyse. 1908.
12. *Mendel:* Neurologisches Zentralblatt 1898, 17. Jahrgang, S. 1036.
13. *Raecke:* Archiv für Psychiatrie, Bd XXXV, S. 547.
14. *Tuczek:* Beiträge zur pathologischen Anatomie und zur Pathologie der Dementia paralytica. 1884.
15. *Wassermann* und *Plaut*: Deutsche Mediz. Wochenschrift 1906, S. 44.
16. *Weber:* Internationaler Kongreß für Versicherungsmedizin. Berlin, 1906.

Lebenslauf.

Ich, *Heinrich Lürick,* kath., wurde am 24. August 1885 als Sohn des Landwirtes *Hermann Lürick* zu Heek, Kreis Ahaus, Bez. Münster geboren. Vom 6. bis zum 14. Lebensjahre besuchte ich die Volksschule in Heek und bereitete mich daselbst durch Privatunterricht für das Gymnasium in Coelsfeld vor, das ich 1908 absolvierte. Nach 5 Semestern medizinischen Studiums bestand ich 1910 in Münster das Physikum und nach weiteren 5 Semestern 1913 in Marburg das Staatsexamen. Vom 15. März bis zum 1. Oktober vorigen Jahres war ich in Osnabrück an der Irrenanstalt und vom 1. Oktober bis zum 1. Januar daselbst am Marienhospital als Praktikant tätig. Vom 1. Januar ab bin ich als Praktikant am St. Joseph-Hospital in Bremerhaven.